

Grado en Enfermería – Trabajo Fin de Grado

---

El impacto del trastorno límite de la personalidad en la familia  
y la influencia del cuidado enfermero

---

Revisión Narrativa



**Autoras**

Rocío Fresno Egido  
Patricia Medina Corró

**Tutora**

Matilde Arlandis Casanova

Mayo 2017

# ÍNDICE

RESUMEN .....	3
ABSTRACT .....	4
1. INTRODUCCIÓN .....	5
1.1. Etimología de personalidad y significado .....	5
1.2. El Trastorno de la Personalidad: definición y clasificación .....	6
1.3. El Trastorno Límite de la Personalidad .....	8
1.4. Justificación .....	18
1.5. Objetivos .....	19
2. METODOLOGÍA .....	20
3. RESULTADOS .....	25
3.1. Pensamientos, emociones y conductas que se generan en el familiar de la persona con TLP .....	25
3.2. Terapias familiares existentes .....	30
3.3. El cuidado enfermero integral al paciente con TLP y su familia .....	32
4. CONCLUSIÓN .....	34
4.1. El impacto del TLP en la unidad familiar y la salud de sus miembros....	34
4.2. El papel del profesional de enfermería en el cuidado a la familia .....	34
4.3. Propuestas de formación e investigación .....	37
4.4. Limitaciones .....	38
5. AGRADECIMIENTOS .....	39
6. BIBLIOGRAFÍA .....	40
7. ANEXOS .....	45

# ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

## FIGURAS .....

I. Clasificación de los trastornos de la personalidad según DSM-5 .....	7
II. Clasificación de los trastornos de la personalidad según CIE-10 .....	7
III. Factores predisponentes del TLP en relación con las Teorías Neurobiológica y Biosocial/Genético-dinámica .....	12
IV. Fases de la terapia dialéctico-conductual .....	14
V. Valoración enfermera según el modelo de Virginia Henderson: NB claves en la familia del paciente con TLP .....	35

## TABLAS .....

I. Criterios diagnósticos del TLP .....	9
II. Etiquetas diagnósticas enfermeras en el paciente con TLP .....	16
III. Etiquetas diagnósticas enfermeras en la familia del paciente con TLP .....	17
IV. Términos de búsqueda .....	20
V. Bases de datos, estrategias de búsqueda y resultados obtenidos .....	21
VI. Cuidados enfermeros dirigidos a la familia del paciente con TLP .....	36
VII. Tratamiento farmacológico del TLP .....	44
VIII. Listado de artículos seleccionados .....	45
IX. Etiquetas diagnósticas, NOC y NIC en el paciente con TLP .....	49

## RESUMEN

**Objetivos:** Conocer el impacto emocional, físico, social y del desarrollo, que supone un trastorno límite de la personalidad en el entorno familiar y la salud de sus miembros, a fin de establecer el rol del profesional de enfermería en este campo.

**Metodología:** Se llevó a cabo una búsqueda sistematizada de publicaciones en 6 bases de datos de Ciencias de la Salud: PubMed, Wiley Online Library, Cinahl, Cuiden, Scielo y Lilacs. Se recabaron un total de 28 documentos. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron 19 artículos para la muestra definitiva.

**Resultados:** El análisis de los artículos evidenció la existencia de un importante impacto en la familia en las esferas emocional, social y del desarrollo, especialmente en la infancia, la relación de pareja y el cuidador principal. Además, se encontraron terapias familiares existentes en la actualidad, como el programa *Family Connections*. Sin embargo, la gran mayoría de las terapias se enfocan al cuidado de los hijos y a la inclusión de la familia en el proceso rehabilitador. Por otra parte, en cuanto al rol de enfermería, la bibliografía desarrolla el cuidado al paciente con TLP y en menor medida la atención a la familia, relegada a un segundo plano.

**Conclusión:** El impacto del TLP en el entorno familiar y la salud de sus miembros se considera negativo. Este hecho demuestra la necesidad de cuidado por parte del profesional de enfermería hacia los familiares, siendo precisa una investigación más exhaustiva sobre su abordaje. Este trabajo propone un ejemplo del Proceso de Atención de Enfermería en estos casos.

**Palabras clave:** trastorno de la personalidad limítrofe, relaciones familiares, cuidadores, emociones, atención de enfermería, enfermería familiar.

## ABSTRACT

**Objectives:** To study the influence of Borderline Personality Disorder (BPD) over the family environment and the emotional, physical and social health of its members as well as the effect it has on development stages, aiming to establish the role of nursing towards this subject.

**Method:** A systematic literature research was conducted on 6 Health Science databases: PubMed, Cinahl, Wiley Online Library, Cuiden, Scielo and Lilacs. Up to 28 articles regarding the matter of interest were gathered. Finally, a total of 19 articles were selected once inclusion and exclusion criteria were applied.

**Results:** Through the analysis of the publications chosen, it was evinced BPD exerts a huge influence over family environment, development stages and the emotional and social health of its members, being the partners and main caregivers the most affected. In addition to this acquired facts, results showed a few family therapies applicable nowadays, such as the *Family Connections* programme. Nevertheless, a great majority of those therapeutic approaches are focused on either allowing families to be part of the rehabilitation process or teaching parents adaptative manners on the upbringing of their children. As for the role of nursing, the assistance given to families is way less developed than it is to the person diagnosed with BPD.

**Conclusion:** The influence BPD has over family and its health can be considered as adverse. This reality points out the responsibility of the nursing staff towards their care, requiring further investigation on the topic. The present work sets an example for the Nursing Care Process when addressing the attention of these families.

**Key words:** borderline personality disorder, family relations, caregivers, emotions, nursing care, family nursing.

# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1. Etimología de *personalidad* y significado.

Tradicionalmente, la palabra *personalidad*, derivada del griego *prósopon* y del latín *persona*, significaba sonar con fuerza. Hacía referencia al papel representado por los actores de una obra teatral, así como a la máscara con que estos cubrían su cara pretendiendo con ello amplificar el volumen de sus voces y adaptarse adecuadamente al personaje (1, 2).

En la actualidad, por el contrario, el significado atribuido dista bastante de aquello que designaba entonces, adquiriendo numerosas connotaciones a lo largo del tiempo. De hecho, la Real Academia Española (RAE) (3) asigna numerosas acepciones al término *personalidad*, definiendo esta, entre otras, desde una perspectiva legal, psicológica y también filosófica, como *aptitud legal para intervenir en un negocio o para comparecer en un juicio, diferencia individual que constituye a cada persona y la distingue de otra o conjunto de cualidades que constituyen a la persona o sujeto inteligente*, respectivamente.

La Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS) perfila este significado (4) y establece las cualidades distintivas de la persona como *pautas de pensamiento, conducta y sentimiento profundamente arraigadas que caracterizan el estilo de vida y el modo de adaptación únicos de una persona y que son consecuencia de factores constitucionales, del desarrollo y de la experiencia social*. Esta misma línea sigue Polaino-Lorente (1), quien afirma que, a pesar del grado de estabilidad en el tiempo del que gozan algunas de esas características diferenciales, los rasgos de la personalidad no pueden considerarse inmutables. Para explicar este hecho es necesario comprender cómo, en función del contexto social, un mismo individuo experimenta y se comporta de manera diferente, añadiendo un componente versátil basado en la necesidad de adaptación al medio (2) y el dinamismo de la persona.

Partiendo de esta base, la personalidad puede definirse como un constructo complejo y abstracto que abarca tanto la *experiencia interna* del individuo (percepciones, pensamientos, emociones) como las *conductas* y actitudes que manifiesta (1,5).

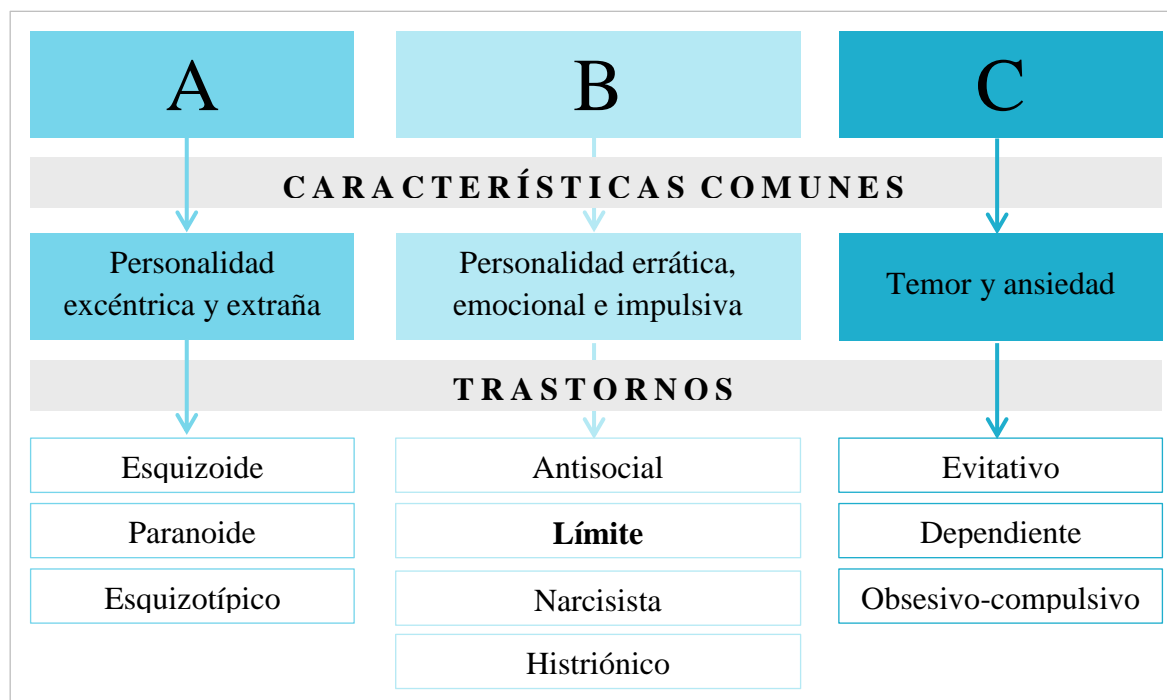
## 1.2. El Trastorno de la Personalidad: definición y clasificación.

En la quinta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (en adelante, DSM-5) de la *American Psychiatric Association* (en adelante, APA) (6), referencia estándar para la práctica clínica y abordaje de las enfermedades de salud mental, el trastorno de personalidad se entiende como un *patrón de experiencia interna y comportamientos perdurable en el tiempo, inflexible y dominante, que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo [...], produciendo angustia y disfunción en las distintas áreas de funcionamiento de la persona [...], sin poder ser este patrón atribuido a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica.*

Por otro lado, en la décima edición de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (en adelante, CIE-10), los trastornos específicos de la personalidad se explican como *alteraciones graves de la personalidad y de las tendencias conductuales de la persona, que no proceden directamente de enfermedades, daños u otros traumas del cerebro, ni de otro trastorno psiquiátrico, que afectan habitualmente a varias áreas de la personalidad y están casi siempre asociados a aflicción personal considerable y desorganización en la vida social* (7).

De esta manera, englobando ambas definiciones, un sujeto con un trastorno de personalidad presenta, a modo general y tanto en situaciones sociales como personales, modificaciones de la personalidad desadaptativas e inadecuadas al contexto cultural (6, 8) en al menos dos de las siguientes áreas: cognitiva, afectiva, del control de impulsos o del funcionamiento interpersonal.

Este patrón, aunque mantenido, varía en sus características según el tipo de trastorno de la personalidad con que conviva la persona. Cabe destacar, en este aspecto, cómo los criterios de organización y clasificación de este tipo de trastornos varían dependiendo de la fuente. Por un lado, la APA clasifica los distintos trastornos de la personalidad en tres grandes subgrupos –A, B y C–, en función de características esenciales compartidas (ver Figura I) (6). Por el contrario, el CIE-10 proporcionado por la OMS engloba todos los trastornos de la personalidad dentro del capítulo cinco *Trastornos mentales y del comportamiento* (F00-99) (7) en la categoría *Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos* (F60-69), donde a su vez se incluyen los *trastornos específicos de la personalidad* (F-60) (ver Figura II).



**Figura I. Clasificación de los trastornos de la personalidad según DSM-5 (6).**

**Fuente:** Elaboración propia.



**Figura II. Clasificación de los trastornos de la personalidad según CIE-10 (7).**

**Fuente:** Elaboración propia.



### 1.3. El Trastorno Límite de la Personalidad.

#### 1.3.1. Evolución histórica:

Entre los trastornos de personalidad tipo B del DSM-5 se encuentra el objeto de esta revisión: el trastorno límite de la personalidad (en adelante, TLP) o *borderline personality disorder* en inglés (6), también designado por el CIE-10 como *trastorno de la personalidad emocionalmente inestable de tipo límite* (7).

En un principio, el término *borderline*, acuñado en 1884 por Hughes, hacía referencia a *personas que pasan toda su vida de un lado a otro de la línea*. A raíz de esta interpretación surgieron numerosas contribuciones en torno a este concepto, como la de Bleuler en su Tratado de Psiquiatría en 1921, en que el TLP puede vislumbrarse dentro del cuadro de esquizofrenia latente, caracterizada por la presencia de irritabilidad, capricho, soledad y algún síntoma paranoide (9). Sin embargo, la primera descripción específica de un cuadro clínico *borderline* de que se tiene registro data de 1938 (8, 9, 10), cuando el psicoanalista A. Stern atribuyó el diagnóstico de *borderline* a pacientes que no encajaban con la clasificación de la época, basada en la división entre neurosis y psicosis. A partir de la idea de Stern, R. Knight amplía el término *límite* en 1953 a un estado de frontera entre la neurosis y la psicosis en el que se encontraban permanentemente dichos individuos. Desde entonces, han sido muchas las denominaciones utilizadas para describir esta sintomatología, pasando en orden cronológico por las *estructuras pregenitales* de Bouvet, los *trastornos de identidad* según Erikson o los *desórdenes fronterizos* de Kernberg, entre otros (9).

Debido a la dificultad para designarlo y diferenciarlo de otras alteraciones, a pesar de estar los trastornos de la personalidad ya reflejados en la primera edición del DSM en 1952, el TLP como diagnóstico se incluyó por primera vez en el DSM-II. No obstante, fue más tarde, en la tercera edición de 1980, cuando comienza a darse importancia a la dimensión emocional, las relaciones interpersonales y el control de impulsos como partes esenciales constituyentes del cuadro *borderline* (9), derivando de ello el concepto actualmente integrado por la APA en las dos últimas versiones del DSM.

De este modo, tras una importante evolución a lo largo del tiempo, el trastorno límite de la personalidad, concepto relativamente nuevo, es definido en el DSM-5 como *un*

*patrón de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, marcado por la impulsividad* (6). El CIE-10, por su parte, aporta un concepto en que el trastorno de personalidad emocionalmente inestable puede dividirse en impulsivo o límite, estando este último caracterizado por *perturbaciones de la autoimagen, de las aspiraciones y de las preferencias íntimas, por sentimientos crónicos de vacío, por relaciones interpersonales intensas e inestables y por una tendencia al comportamiento autodestructivo, que incluye acciones suicidas e intentos de suicidio* (7), aspectos que el DSM-5 no incluye en su definición sino como parte de los criterios diagnósticos.

### 1.3.2. Diagnóstico:

Junto a la breve definición afianzada en la actualidad, se encuentran también una serie de criterios que facilitan el diagnóstico. El DSM-5 propone nueve criterios (6) (ver Tabla I), considerándose que una persona tiene un trastorno límite de la personalidad si cumple al menos cinco de ellos.

	CRITERIO DIAGNÓSTICO
A	Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado
B	Patrón de relaciones interpersonales inestables, intensas y turbulentas, caracterizado por los extremos de idealización y devaluación
C	Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo
D	Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas
E	Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamientos de automutilación
F	Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo
G	Sensación crónica de vacío
H	Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira
I	Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves

**Tabla I. Criterios diagnósticos del TLP.**

**Fuente:** DSM-5 (6, 11). Elaboración propia.

Los criterios diagnósticos propuestos por el DSM-5 hacen referencia a cuatro aspectos fundamentales de la persona con TLP: los síntomas afectivos, cognitivos, impulsivos e interpersonales (12).

Algunos de esos criterios se explican y entienden mejor si se relacionan entre sí (13), de forma holística. Un ejemplo sería cómo, tanto el miedo a la soledad como el sentimiento de vacío (criterio G) puede llevar a los individuos a experimentar ira o temor inapropiado ante la percepción de abandono (criterios H y A respectivamente), ya sea este real o imaginado e incluso cuando la separación es por cortos periodos de tiempo. Se pueden desencadenar así actos autolesivos o suicidas (criterio E) para paliar el dolor emocional, conectarse con la realidad a través del dolor físico, castigarse a sí mismos o a su entorno, e incluso para solicitar ayuda (11, 13, 14). Esta situación hace que los gestos autolíticos aparezcan en hasta un 75% de los pacientes con TLP, mientras que en la población general se estima están presentes en un 3–5%, lo que, por probabilidad, aumenta la tasa de suicidio consumado, que de un 0.5–2% en la población general sube a una cifra de entre 8 y 10% en las personas diagnosticadas con TLP (2, 6).

En cuanto al resto de criterios, también pueden relacionarse, aunque este no sea el único patrón por el que puedan presentarse. Por un lado, el pensamiento dicotómico de la persona con TLP, que basa su opinión de la persona en la última interacción con ella, lleva al individuo a periodos de idealización cuando el otro comunicador cumple unas expectativas, mientras que, cuando las demandas no son satisfechas, el enfermo entra en un periodo de devaluación, pudiendo cambiar de un extremo a otro la percepción del paciente de una relación o una persona (13). Esta característica, que resulta esencial para entender el patrón de relaciones interpersonales inestables que establece el individuo con TLP (criterio B), puede desencadenar, debido a la brusquedad con que se produce el cambio en la relación, sentimientos muy intensos que propicien actos guiados por la impulsividad, (criterio D), la inestabilidad afectiva (criterio F), la sensación de vacío (criterio G), o la ira inapropiada (criterio H). Además, pueden incluso producirse ideas paranoides o síntomas disociativos (criterio I), todo en relación con la ansiedad y estrés que les genera la situación, que incrementa el sentimiento de caos interior (13, 14).

Por último, todas estas situaciones y características pueden encontrar explicación en la alteración de la identidad propia del individuo con TLP (criterio C) (13), que hace frente a imágenes de sí mismo contradictorias que desencadenan el sentimiento de vacío descrito o dificultan las relaciones interpersonales por la falta de constancia o, desde la perspectiva del enfermo, por la creación de una “máscara” para cumplir con las expectativas sociales (13, 14).

### **1.3.3. Origen y etiología del TLP:**

El trastorno límite de la personalidad constituye una entidad reciente y compleja en salud mental. Es por ello que actualmente no existe un modelo concreto que incluya todas las posibles causas que puedan derivar en su aparición (15).

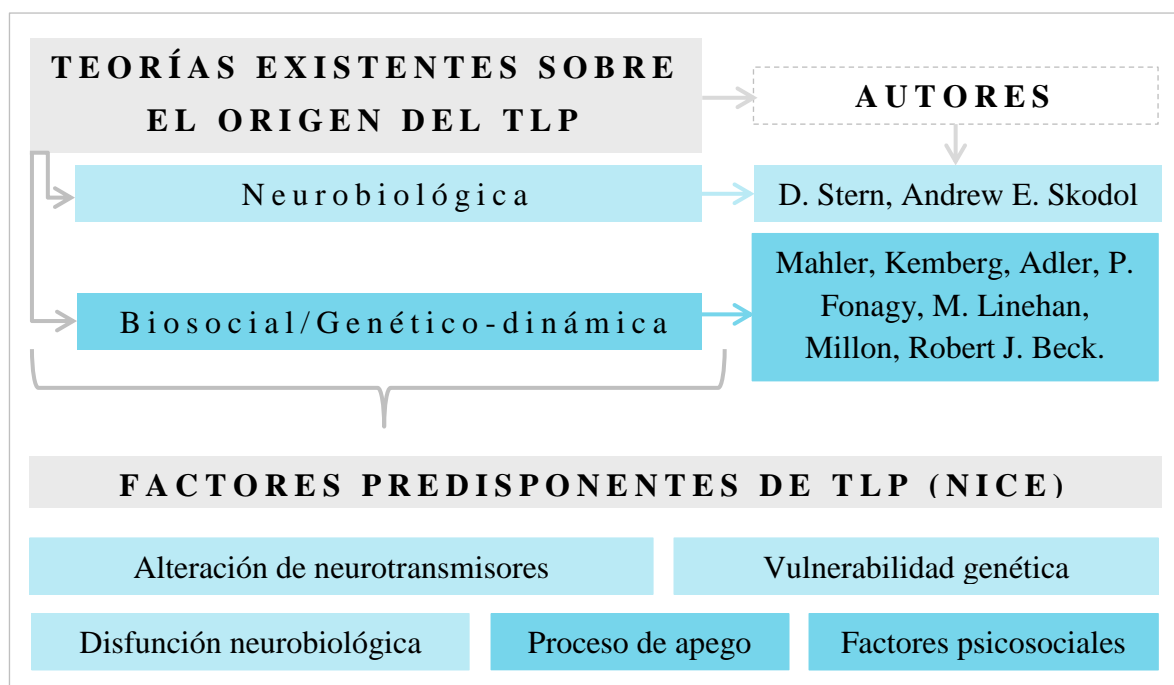
A lo largo del tiempo han sido numerosos los autores que han considerado distintos motivos que podrían propiciar el establecimiento de un TLP, pudiéndose agrupar las diferentes visiones del origen del trastorno en dos grandes perspectivas: la Teoría Neurobiológica y la Biosocial/Genético-dinámica (9).

La **Teoría Neurobiológica** es la propia de autores como D. Stern, que describía a los pacientes con TLP como personas que sufrían una “hemorragia mental” consecuencia de la intolerancia al dolor emocional; Skodol, que relacionaba la inestabilidad afectiva e impulsividad propia del paciente con una disregulación neuroquímica (9); o Beck, cuyo modelo cognitivo se centra en esquemas cognitivos disfuncionales (12). En torno a esta perspectiva se han realizado diversos estudios que abordan tres grandes influencias en el TLP: primeramente, la disminución de serotonina –neurotransmisor que interviene en la regulación de impulsos– en líquido cefalorraquídeo en los individuos diagnosticados de TLP (9), así como otros neuromoduladores como la acetilcolina o la vasopresina (15); en segundo lugar, la existencia de deficiencias a nivel tanto estructural como funcional de áreas cerebrales implicadas en el autocontrol, la afectividad y la atención, como son la amígdala, las zonas orbitofrontales y el hipocampo (15, 12); y, por último, la participación de la genética en la transmisión del TLP de acuerdo con estudios en gemelos (15, 16).

En cuanto a la perspectiva **Biosocial** o **Genético-dinámica**, en ella se engloban autores como Mahler, Kemberg, Fonagy o Linehan, entre otros. Todos ellos presentan

similitudes aunque a través de distintos modelos. Tanto Mahler como Kernberg coinciden en el TLP como consecuencia del mantenimiento de una crisis infantil en la edad adulta, basada en el trauma de la separación materno-filial. Fonagy, aunque sigue proporcionando un papel relevante a las vivencias de la infancia, se centra en el impedimento de desarrollo de la función reflexiva de la persona a raíz de las relaciones de apego inseguras. Linehan, por el contrario, habla directamente de una predisposición biológica innata a la intensidad emocional (9), aunque también incluye la propuesta de Millon sobre la interacción de los factores biológicos y el aprendizaje social en el origen del TLP (12). Todos ellos, sin embargo, se corresponden al tomar al entorno familiar como un factor clave, describiéndolo normalmente como caótico-inestable o negligente y abusivo, aunque también pueda presentarse TLP en familias bien estructuradas (15, 12).

Teniendo en cuenta las aproximaciones de los autores y los estudios realizados en torno al TLP, los cinco factores multidimensionales propuestos por el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) (15, 17) como predisponentes del trastorno límite de la personalidad, pueden agruparse según una u otra perspectiva (ver Figura III).



**Figura III. Factores predisponentes del TLP en relación con las Teorías Neurobiológica y Biosocial/Genético-dinámica. Fuente:** NICE (17); *El paciente con trastorno límite de personalidad* (9). Elaboración propia.

#### **1.3.4. Epidemiología, curso y pronóstico:**

Se estima que la prevalencia de los trastornos de personalidad se encuentra alrededor del 13%, aunque existen discrepancias en los resultados de diferentes estudios. Esto se debe, fundamentalmente, a que las personas con esta patología no aceptan el diagnóstico, a su cronicidad, a la dificultad para establecer el momento de aparición y a su descenso en edades avanzadas, además de la gran heterogeneidad en los métodos de evaluación y en las poblaciones a estudiar.

Con carácter general, la prevalencia de estos trastornos es similar entre hombres y mujeres, situándose la edad de diagnóstico entre los 34–49 años. Es más frecuente en poblaciones urbanas y en individuos con un nivel socioeconómico bajo, con nivel educativo muy bajo o muy alto y en solteros. Sin embargo, estos criterios varían dependiendo del trastorno de personalidad que se estudie (18).

Por su parte, el TLP es el más frecuente dentro de este tipo de problemas de salud mental, ya que suponen entre un 30 y 60% del total. Su prevalencia se encuentra entre el 1–2% de la población general. En concreto, la prevalencia del TLP en pacientes que acuden a centros ambulatorios de salud mental se encuentra entre un 11 y un 20%, mientras que en unidades de hospitalización psiquiátrica la prevalencia se sitúa entre un 18–32%, y entre el 25 y el 50% en población reclusa (15).

El TLP es más frecuente en mujeres que en hombres, con una relación de 3:1. El diagnóstico suele realizarse entre los 19–34 años (15), aunque se estima que la edad de aparición se encuentra entre los 14 y los 20 años. Por otra parte, la prevalencia de este diagnóstico disminuye con la edad, calculando un descenso de un 6% cada año (9).

En cuanto al curso clínico de este problema, suele existir una gran inestabilidad. Son frecuentes las agudizaciones, donde aparecen conductas autolíticas, conductas de riesgo e impulsivas –como abuso de sustancias, atracones seguidos de purgas o hurtos– y síntomas psicóticos.

Por otra parte, el pronóstico es variable, siendo habitual una mejoría según avanza la edad. En esos casos, se observa una tendencia a la estabilidad en las relaciones y en el ámbito laboral en torno a los 40–50 años. Los síntomas impulsivos progresan en primer

lugar. A continuación, evolucionan favorablemente los síntomas cognitivos y las relaciones con los demás. Los síntomas afectivos, sin embargo, suelen perdurar en el tiempo (15).

### 1.3.5. Tratamiento del TLP:

El objetivo del tratamiento de las personas con TLP es favorecer la reestructuración de los procesos en el ámbito social, familiar y laboral, además de reforzar los modos de actuación ante conflictos y prevenir la aparición de crisis, con el fin de mejorar la calidad de vida (19). Todo ello, se hace combinando dos tipos de tratamiento:

- **Tratamiento no farmacológico:**

Consiste fundamentalmente en el establecimiento de intervenciones de carácter psicológico y psicosocial, que deben individualizarse y adaptarse a la situación de cada paciente (19). Entre dichas intervenciones, las más utilizadas y que han demostrado tener una mayor eficacia en el tratamiento del TLP son las siguientes:

#### A) *Terapia dialéctico–conductual:*

Utiliza el diálogo entre diferentes posiciones, con el fin de aproximarse a la realidad. (15). Su objetivo es conseguir que, a través de las distintas fases del tratamiento (ver Figura IV), el paciente actúe de forma adaptativa ante los conflictos que puedan surgir en sus relaciones intra e interpersonales, mediante el abordaje de distintas cuestiones según una secuencia lineal (19).



**Figura IV. Fases de la terapia dialéctico-conductual. Fuente:** *Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad (19).*

Elaboración propia.

### *B) Psicoterapia de orientación dinámica:*

En este tipo de abordaje, las terapias que han demostrado tener mejores resultados en el tratamiento del TLP son dos: la psicoterapia focalizada en la transferencia y la psicoterapia basada en la mentalización (19).

La primera de ellas consiste en el abordaje de las tentativas de separación de las personas del entorno por el miedo al abandono, que hace que interpreten a los demás como personas malvadas. La terapia pretende manejar estas distorsiones (19) para evitar las consecuencias emocionales y conductuales que suponen (11, 13, 14).

Por su parte, la psicoterapia basada en la mentalización tiene como objetivo que el paciente se conozca a sí mismo y a los demás de forma que pueda manejar los impulsos y mejorar la capacidad de control del estado de ánimo y las relaciones afectivas (19).

### *C) Terapias cognitivas:*

Entre las terapias cognitivas destacan la basada en el modelo cognitivo de Beck y la de los esquemas de Young. Aunque entre ambas existen diferencias, los dos autores, de forma general, pretenden abordar los esquemas cognitivos erróneos de los pacientes con TLP, con el objetivo de modificarlos conforme a la realidad, produciendo cambios en el sentimiento de soledad o la dependencia e incompetencia, entre otros (19).

- **Tratamiento farmacológico:**

Como coadyuvante a estas tres terapias principales suelen utilizarse diversos fármacos (ver Anexo I) (20, 21), aunque no existe ninguno específicamente indicado para el tratamiento del TLP (15).

### **1.3.6. El TLP desde la perspectiva enfermera:**

#### **1.3.6.1. Etiquetas diagnósticas:**

Por lo general, los profesionales de enfermería consideran dificultoso el trabajo con pacientes diagnosticados con TLP, apuntando su causa a incompreensión de la enfermedad. Debido a esto y a la existencia de estudios que afirman que un diagnóstico de TLP influye en la relación y calidad de la atención a los pacientes por parte de los



profesionales sanitarios, se puede decir que el cuidado enfermero en este contexto constituye actualmente un desafío (22). En este proceso de atención de enfermería, el cuidado va dirigido tanto a la persona enferma como a su entorno familiar, poniendo así en marcha un cuidado integral de la persona (23).

A continuación se identifican algunas de las etiquetas diagnósticas enfermeras de más frecuente aparición en el paciente con TLP (9) (22), así como la definición de cada de ellas (ver Tabla II) según la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (en adelante, NANDA) (24).

<b>ETIQUETA DIAGNÓSTICA</b>	<b>DEFINICIÓN</b>
<b>[00146]</b> Ansiedad	Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma; sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro.
<b>[00119]</b> Baja autoestima crónica	Autoevaluación o sentimientos negativos de larga duración sobre uno mismo o sus propias capacidades.
<b>[00052]</b> Deterioro de la interacción social	Cantidad insuficiente o excesiva, o calidad ineficaz de intercambio social
<b>[00054]</b> Riesgo de soledad	Vulnerable a experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de un mayor contacto con los demás, que puede comprometer la salud.
<b>[00150]</b> Riesgo de suicidio	Vulnerabilidad a una lesión auto-infligida que amenaza la vida.
<b>[00140]</b> Riesgo de violencia auto-dirigida	Vulnerable a conductas que demuestran que una persona puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para sí misma.
<b>[00138]</b> Riesgo de violencia dirigida a otros	Vulnerable a conductas que la persona demuestra que puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para otros.

**Tabla II. Etiquetas diagnósticas enfermeras en el paciente con TLP.**

**Fuente:** NANDA (24). Elaboración propia.

En cuanto a la familia, esta queda inmersa en el mundo del paciente con TLP, siendo la más afectada por su sintomatología (22). Así, en sus miembros se pueden identificar también etiquetas diagnósticas enfermeras como la ansiedad o el deterioro de la interacción social, además de las recogidas en la Tabla III (9, 22, 24, 25).

ETIQUETA DIAGNÓSTICA	DEFINICIÓN
<b>[00074]</b> Afrontamiento familiar comprometido	Una persona de referencia que habitualmente brinda apoyo [...], proporcionando confort, ayuda o estímulo, o una asistencia o estímulo necesario para que el paciente maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su cambio en la salud, lo hace de manera insuficiente o ineficaz, o dicho apoyo se ve comprometido.
<b>[00126]</b> Conocimientos deficientes	Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.
<b>[00055]</b> Desempeño ineficaz del rol	Patrón de conducta y expresión propia que no concuerda con el contexto ambiental, las normas y las expectativas.
<b>[00063]</b> Procesos familiares disfuncionales	Las funciones psicosociales, espirituales y fisiológicas de la unidad familiar están crónicamente desorganizadas, lo que conduce a conflictos, negación de los problemas, resistencia al cambio, solución ineficaz de los problemas y a una serie de crisis que se perpetúan por sí mismas
<b>[00198]</b> Trastorno del patrón del sueño	Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos.
<b>[00062/1]</b> Riesgo de / Cansancio del rol del cuidador	Vulnerable a tener / Dificultad para desempeñar el rol del cuidador de la familia o de otras personas significativas, que puede comprometer la salud.
<b>[00074]</b> Afrontamiento familiar comprometido	Una persona de referencia que habitualmente brinda apoyo [...], proporcionando confort, ayuda o estímulo, o una asistencia o estímulo necesario para que el paciente maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su cambio en la salud, lo hace de manera insuficiente o ineficaz, o dicho apoyo se ve comprometido.

**Tabla III. Etiquetas diagnósticas enfermeras en la familia del paciente con TLP.**

**Fuente:** NANDA (24). Elaboración propia.

#### **1.3.6.2. Estigma social y auto-estigma:**

En el caso específico de los problemas de salud mental, el profesional enfermero se encuentra también con una dificultad añadida: el estigma. Este concepto es entendido como un *conjunto de actitudes, habitualmente negativas, que un grupo social mantiene con otros grupos minoritarios en virtud de que estos presentan algún tipo de rasgo diferencial* (26). Estas actitudes, basadas en los estereotipos de la sociedad y que

suponen conductas de discriminación hacia la persona estigmatizada, se encuentran muy presentes en salud mental (26, 27), de modo que tanto el paciente como su familia, además de hacer frente a las características propias de la patología, se ven dentro de una espiral de estigma social, teniendo que luchar contra conductas de evitación por vergüenza o miedo, barreras sociales ante la perspectiva de nuevas oportunidades y el aislamiento social (26). Además, como complicación a este fenómeno social, en ocasiones, los pacientes experimentan también el auto-estigma, a través del cual toleran y aceptan los prejuicios, volviéndolos contra sí mismos y perdiendo la confianza y autoestima. Este hecho supone un obstáculo más que vencer para la atención sanitaria de calidad e integración de estos pacientes y sus familias (27).

#### **1.4. Justificación.**

El metaparadigma enfermero se sostiene en cuatro grandes pilares: la persona, su salud, el entorno y los cuidados (23). De esta manera, al tratarse el ser humano de un ser biopsicosocial con demandas en cada uno de los ámbitos en que se desarrolla –físico, mental, sociocultural, emocional y espiritual (28)–, la visión integral del paciente conduce también a actuar en el entorno familiar como un eslabón más a tener en cuenta en la práctica del cuidado (23).

Es por ello de gran relevancia que el profesional de enfermería sea consciente de que, ante la aparición de cualquier problema de salud mental, el proceso de enfermar no afecta sólo al individuo, sino también al contexto familiar (29, 30). Por un lado, se puede producir una reestructuración de las dinámicas internas, una afectación de la economía familiar o un conflicto de roles (31), y, por otro, sus miembros se convierten en pacientes potenciales al presentar mayor riesgo de padecer enfermedades (depresión, ansiedad, hipertensión...) (32).

En el campo del TLP, tanto las intervenciones individuales como familiares han demostrado ser de gran utilidad (29). Sin embargo, de forma general, los cuidadores sienten que la información recibida sobre el trastorno o la existencia de los recursos disponibles, así como el apoyo por parte de los servicios de salud es escaso e insuficiente. Esto constituye en sí misma una demanda por parte de la familia de una mejor atención en salud, en que se les ayude en la planificación familiar al alta, a

mejorar el manejo emocional y al desarrollo de actitudes y aptitudes adecuadas ante las distintas situaciones en que puede desembocar la enfermedad (29, 31, 32). Por ello, el profesional de enfermería, como pieza clave del sistema de salud, ha de abordar el cuidado de estos pacientes desde una perspectiva holística, sin olvidar nunca las necesidades y cuidados del entorno familiar, el más afectado por esta patología además del paciente (33, 34).

### **1.5. Objetivos.**

#### **Objetivo general:**

Conocer el impacto emocional, físico, social y del desarrollo del trastorno límite de la personalidad en la familia y la influencia del cuidado enfermero.

#### **Objetivos específicos:**

Como objetivos específicos, se consideran:

- Identificar los pensamientos, emociones y conductas que se generan en el familiar de la persona con trastorno límite de la personalidad.
- Explicar las terapias familiares existentes.
- Describir el cuidado enfermero integral a los familiares de la persona con TLP.

## 2. METODOLOGÍA

La tipología de trabajo más adecuada para dar respuesta a los objetivos planteados es la revisión narrativa, a través de la cual se pretende reunir y conocer la evidencia disponible actualmente sobre el tema propuesto.

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, CINAHL, Wiley Online Library, CUIDEN, Scielo y LILACS. Para ello, se eligieron los términos más destacados de la pregunta de investigación, traduciendo estos a lenguaje libre, y, posteriormente, a lenguaje controlado con descriptores en inglés y español, así como al tesoro de las bases de datos consultadas (ver Tabla IV).

TÉRMINO DE BÚSQUEDA	DeCs		MeSH (PubMed)	MH (Cinahl)
	Español	Inglés		
Enfermería de familia	Enfermería familiar	Family Nursing	Family Nursing	Family Nursing
Enfermería	Atención de enfermería	Nursing Care	Nursing Care	Nursing Care
Familia	Familia	Family	Family	Family
Relaciones familiares	Relaciones Familiares	Family Relations	Family Relations	Family Relations
Cuidador	Cuidadores	Caregivers	Caregivers	Caregivers
Emoción	Emociones	Emotions	Emotions	Emotions
Trastorno Límite de la Personalidad	Trastorno de la Personalidad Limítrofe	Borderline Personality Disorder	Borderline Personality Disorder	Borderline Personality Disorder

**Tabla IV. Términos de búsqueda. Fuente:** Elaboración propia.

Dichos términos se combinaron a través del operador booleano AND, dando lugar a distintas estrategias de búsqueda (ver Tabla V). Con el objetivo de limitar la búsqueda, para la selección de documentos afines a la cuestión así como relevantes y pertinentes para la revisión, se establecieron los siguientes **criterios de inclusión**:

- Publicaciones con antigüedad no superior a 10 años.
- Documentación en inglés y español.

- Abstract disponible.
- Artículos con texto completo de acceso gratuito.
- Publicaciones referentes a la relación familiar, experiencia de la familia o atención de enfermería.

Del mismo modo, con el fin de descartar artículos, los **criterios de exclusión** tenidos en cuenta fueron:

- Textos enfocados a otras enfermedades de salud mental.
- Publicaciones en idiomas distintos al inglés o español.
- Abstract no disponible.
- Documentos publicados antes del 2007.

Atendiendo a dichos criterios, se utilizaron los filtros correspondientes en cada una de las bases de datos. A continuación se desglosan las estrategias de búsqueda empleadas (ver Tabla V), ordenadas cronológicamente.

BASE DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	RESULTADOS	ELIMINACIÓN DUPLICADOS	SELECCIÓN POST-ABSTRACT
PUBMED	(( <i>"Borderline Personality Disorder"</i> [Mesh]) AND <i>"Family"</i> [Mesh]) AND <i>"Emotions"</i> [Mesh]	11	0	4
	(( <i>"Borderline Personality Disorder"</i> [Mesh]) AND <i>"Family"</i> [Mesh]) AND <i>"Nursing Care"</i> [Mesh]	0	0	0
	( <i>"Borderline Personality Disorder"</i> [Mesh]) AND <i>"Family"</i> [Mesh]	31	4	7
	( <i>"Borderline Personality Disorder"</i> [Mesh]) AND <i>"Nursing Care"</i> [Mesh]	0	0	0
	( <i>"Borderline Personality Disorder"</i> [Mesh]) AND <i>"Family Relations"</i> [Mesh]	18	6	0
	( <i>"Borderline Personality Disorder"</i> [Mesh]) AND <i>"Family Nursing"</i> [Mesh]	0	0	0
	( <i>"Borderline Personality Disorder"</i> [Mesh]) AND <i>"Caregivers"</i> [Mesh]	4	1	0

<b>BASE DE DATOS</b>	<b>ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>ELIMINACIÓN DUPLICADOS</b>	<b>SELECCIÓN POST-ABSTRACT</b>
CINAHL	<i>(MH "Borderline Personality Disorder") AND (MH "Family")</i>	3	0	2
	<i>(MH "Borderline Personality Disorder") AND (MH "Family") AND (MH "Emotions")</i>	0	-	0
	<i>(MH "Borderline Personality Disorder") AND (MH "Family") AND (MH "Nursing Care+") AND (MH "Emotions")</i>	0	-	0
	<i>(MH "Borderline Personality Disorder") AND (MH "Family Relations+")</i>	27	3	5
	<i>(MH "Borderline Personality Disorder") AND (MH "Family Relations+") AND (MH "Emotions")</i>	3	2	0
	<i>(MH "Borderline Personality Disorder") AND (MH "Caregivers")</i>	3	1	0
	<i>(MH "Borderline Personality Disorder") AND (MH "Caregivers") AND (MH "Emotions+")</i>	1	0	0
	<i>(MH "Borderline Personality Disorder") AND (MH "Family Nursing")</i>	0	-	0
WILEY ONLINE LIBRARY	<i>Borderline Personality Disorder in Article Titles AND Family in Keywords</i>	2	1	1
	<i>Borderline Personality Disorder in Article Titles AND Nursing care in All Fields AND Family in Keywords</i>	68	1	2
	<i>Borderline Personality Disorder in Article Titles AND Nursing care in All Fields AND Family in Keywords</i>	1	1	0
	<i>Borderline Personality Disorder in Article Titles AND Family in Keywords AND Emotions in All Fields</i>	2	2	0

BASE DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	RESULTADOS	ELIMINACIÓN DUPLICADOS	SELECCIÓN POST-ABSTRACT
WILEY ONLINE LIBRARY	<i>Borderline Personality Disorder in Article Titles AND Caregivers in All Fields</i>	33	2	0
	<i>Borderline Personality Disorder in Article Titles AND Caregivers in All Fields AND Nursing Care in All Fields</i>	12	2	0
CUIDEN	(([cla=Síndrome Borderline])AND([cla=Atención de enfermería]))	0	-	0
	(([cla=Trastornos de personalidad])AND([cla=Familia]))	1	-	0
	("trastorno")AND(("límite")AND(("personalidad")AND("enfermería")))	17	0	4
	("trastorno")AND(("límite")AND(("personalidad")AND("enfermería")))	2	0	0
	("personalidad")AND(("límite")AND("cuidador"))	2	0	0
	("trastorno")AND(("límite")AND("personalidad"))	16	4	0
	("trastorno")AND(("límite")AND(("personalidad")AND("emociones")))	2	-	0
	("trastorno")AND(("límite")AND(("personalidad")AND("familia")))	5	1	1
SCIELO	<i>(trastorno límite de personalidad) AND (familia)</i>	2	0	1
	<i>(trastorno límite de personalidad) AND (enfermería) AND (familia)</i>	0	-	0
	<i>(borderline) AND (familia)</i>	8	1	0
	<i>(trastorno límite de personalidad) AND (enfermería)</i>	1	-	0
	<i>(trastorno límite de personalidad) AND (relaciones familiares)</i>	3	1	0
	<i>(trastorno límite de personalidad) AND (familia) AND (emociones)</i>	0	-	0



<b>BASE DE DATOS</b>	<b>ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>ELIMINACIÓN DUPLICADOS</b>	<b>SELECCIÓN POST-ABSTRACT</b>
<b>LILACS</b>	<i>(tw:(trastorno límite de la personalidad)) AND (tw:(familia))</i>	1	0	0
	<i>(tw:(trastorno de la personalidad limítrofe)) AND (tw:(familia))</i>	0	-	0
	<i>(tw:(trastorno límite de la personalidad)) AND (tw:(cuidadores))</i>	0	-	0
	<i>(tw:(trastorno de la personalidad limítrofe)) AND (tw:(cuidadores))</i>	0	-	0
	<i>(tw:(trastorno límite de la personalidad)) AND (tw:(enfermería))</i>	0	-	0
<b>RESULTADOS TOTALES</b>		277	33	28

**Tabla V. Bases de datos, estrategias de búsqueda, y resultados obtenidos.**

**Fuente:** Elaboración propia.

Tras la lectura del abstract de los artículos encontrados en las diferentes bases de datos, se realizó una primera selección de 28 artículos. Posteriormente, se llevó a cabo una lectura crítica y en profundidad de dichos documentos y se efectuó una segunda criba, permaneciendo 19 artículos, que serán los utilizados en la elaboración de la revisión bibliográfica.

### 3. RESULTADOS

Entre los 19 artículos escogidos (ver Anexo II), un total de 14 se encuentran escritos en inglés y únicamente 5 en castellano. De las publicaciones en el idioma anglosajón, aunque cantidad importante son estadounidenses, también hay artículos procedentes de países como Australia y Francia, mientras que la documentación en castellano ha sido publicada en su totalidad en España. En cuanto a la tipología de estudios seleccionados, existen artículos tanto de carácter cualitativo como cuantitativo, así como de carácter narrativo.

Con el fin de organizar la información obtenida, los resultados se han dividido en las siguientes categorizaciones, que dan respuesta a los objetivos específicos planteados.

#### **3.1. Pensamientos, emociones y conductas que se generan en el familiar de la persona con TLP.**

En primer lugar, en relación al primer objetivo '*identificar los pensamientos, emociones y conductas que se generan en el familiar de la persona con trastorno límite de la personalidad*', los resultados obtenidos se desglosan en las siguientes subcategorías:

##### **3.1.1. Influencia del TLP materno en el desarrollo de los hijos:**

**Macfie y Swan (2009)** (35), establecieron una muestra de niños de entre 4 y 7 años, 30 de ellos con madres diagnosticadas de TLP y 30 cuyas madres no cumplen los criterios del trastorno. Mediante el estudio de las respuestas de los niños a narraciones incompletas que se pedía que estos continuasen, dichos autores encontraron, en los niños cuyas madres tenían TLP: una mayor presencia de inversión de roles, miedo al abandono y expectativa negativa de la relación materno-filial, un aumento en la confusión entre realidad y fantasía –tendiendo a esta última– y vergüenza e incongruencia en sus historias, en que solían incluir temas de origen traumático. Además, correlacionaron estos hallazgos con comportamientos maternos propios del TLP como la alteración de la identidad, las autolesiones o la inestabilidad afectiva. Por último, Macfie y Swan recalcan la importancia de los resultados expuestos debido a la

permanencia de estas características en la vida adulta, afectando a la esfera social y regulación emocional, pudiendo aparecer conductas impulsivas e incluso de autolesión.

En cuanto a **Stepp, Whalen et al (2012)** (36), mediante el análisis de bibliografía referente al tema, corroboran gran parte de lo descrito por **Macfie y Swan (35)**, como el riesgo de desarrollo de TLP en familiares de primer grado de personas con dicho problema de salud mental, debido a la interacción de factores ambientales, genéticos y de vulnerabilidad individual. No obstante, mientras que Macfie y Swan hablan de invalidación emocional y desatención de las necesidades como aspectos relevantes en el entorno, Stepp, Whalen et al dan mayor importancia a la hostilidad, pasividad y periodos de idealización/devaluación que experimenta la figura parental. Además, organizan el impacto del TLP materno en los hijos según los periodos del desarrollo. Por un lado, en lactantes existe una menor respuesta hacia la madre, en la edad escolar se encuentran problemas de regulación emocional y conducta y, por último, en la adolescencia, se evidencian problemas en la autoestima y alteración del comportamiento debido a la importancia de las prácticas parentales en cuanto a la supervisión en esta etapa, a pesar de la autonomía que la caracteriza. Todas las alteraciones que describen los autores de este artículo, fueron relacionadas con la dificultad en la regulación emocional de la madre y el establecimiento de límites, su miedo al abandono por parte de los hijos, las dudas sobre su propia capacidad como madre y el desconocimiento de las estrategias de crianza correspondientes a cada fase del desarrollo. Estos hallazgos fueron confirmados en otro estudio de **Wendland, Brisson et al (2014)** (37), en que analizaban el caso de una madre con TLP y su hija Allegra antes, durante y después de llevar a cabo una intervención terapéutica.

Tanto **Stepp** como **Whalen** participaron también, junto con otros autores como **Zalewski o Scott (2014)** (38), en la elaboración de un artículo en que reafirmaban el miedo al abandono experimentado por la madre a la llegada de la adolescencia, a consecuencia del incremento del nivel de autonomía. Enfatizan cómo, por ello, estas madres intentan ejercer un control psicológico sobre su descendencia a través de la culpabilidad y el castigo severo, viéndose así el adolescente sometido a una mayor presión cuando desea dedicar más tiempo fuera del hogar o comienza a elaborar planes de futuro. Además, en el artículo *Reciprocal effects of parenting and borderline personality disorder symptoms in adolescent girls* (39), estos mismos autores añaden el

carácter recíproco en la relación madre-hija en cuanto a que esta actitud de la madre con TLP, favorece la aparición de síntomas propios de TLP en la adolescente, lo que a su vez fomenta un estilo de crianza disfuncional.

Más enfocado a la relación de apego, el estudio de casos y controles llevado a cabo por **Gratz, Kiel et al (2014)** (40), establece la mayor reactividad e intensidad afectiva, así como las dificultades en la regulación emocional (ER en inglés) experimentadas por la madre con TLP como el factor clave para un desarrollo psicosocial desadaptativo de los hijos. Los autores llegan a esta afirmación relacionando la ER disfuncional de la madre con un menor uso por parte del niño de estrategias de afrontamiento, tanto centradas en el cuidador como en el *self*, hecho que propicia dificultades en la ER infantil de la angustia, el sufrimiento y los sentimientos negativos, así como el desarrollo de estilos de apego ambivalentes.

**Bartsch, Roberts et al (2014)** investigan también la influencia del TLP en la descendencia pero desde la perspectiva del profesional de salud mental (41). El análisis de las entrevistas realizadas a los profesionales reveló 5 tipos de problemas que habían sido observados en los hijos de madres con TLP: problemas conductuales (mencionados por un 73% de los clínicos), desregulación emocional (identificada en un 66% de las respuestas), dificultades interpersonales (en un 59%), afectación de los procesos del pensamiento y alteración de la identidad (ambos relatados en un 40% de las contestaciones). Frente a estos problemas, los profesionales de salud mental establecieron como el factor protector predominante la existencia de un modelo de apoyo saludable en el entorno cercano, seguido de la intervención terapéutica.

### **3.1.2. El TLP y las relaciones de pareja.**

**Lavner, Lamkin y Miller (2015)** estudiaron la influencia del TLP en las parejas desde el inicio del matrimonio (42), al encontrarse con gran escasez de evidencia empírica al respecto. Para ello, consideraron tanto habilidades positivas –entre las que se encuentran, entre otras, la expresión directa de sentimientos, deseos y necesidades, aportación de soluciones constructivas o el compromiso– como negativas –como la devaluación de la pareja o la negación de responsabilidades–. De forma general, los síntomas que genera el TLP, en uno u otro miembro de la pareja, se asociaron con

mayores habilidades negativas, esencialmente en el campo de la resolución de problemas y el apoyo social, así como niveles más bajos de satisfacción en el matrimonio y presencia incrementada de conflictos maritales. Por otra parte, pese a que los síntomas del TLP no predijeron un aumento en la tasa de divorcios, sí que se asociaron con disfunciones de pareja en relación con problemas de comunicación, atribuciones negativas a conductas del cónyuge e incluso agresiones.

En relación a la presencia de agresiones, **Marshall y Holtzworth-Munroe (2010)** (43), concluyeron que tanto el TLP como el trastorno disfórico en los maridos, puede estar relacionado con la perpetuación de la violencia de pareja dadas las propiedades de este trastorno, como el miedo al abandono o el déficit en el reconocimiento de las emociones de la pareja.

Por su parte, **Zanarini, Frakenburg et al (2014)**, realizaron el primer estudio prospectivo sobre las tasas de matrimonio, convivencia, paternidad, divorcio y mantenimiento de la custodia, comparando pacientes con TLP recuperados y no recuperados (44). Los resultados obtenidos revelaron que los pacientes con TLP recuperados eran más propensos a casarse o convivir con su pareja durante cinco años o más y a haber tenido o criado un hijo frente a aquellos pacientes que no estaban recuperados, además de tener menos probabilidades de disolver una relación íntima larga y de perder o renunciar a la custodia de sus hijos. Aunque en las mujeres no se observaron diferencias significativas con la muestra general, en el caso de los hombres, las tasas de divorcio y paternidad eran similares tanto en el grupo recuperado como en el no recuperado, hecho que se relacionó con la satisfacción en la relación y la existencia de mayor apoyo por parte de la pareja femenina.

Por otra parte, **Hill, Stepp et al (2011)**, correlacionan entre sí el apego, el TLP y la disfunción romántica (45). Al igual que **Gratz, Kiel et al (40)**, estos autores afirman que el apego establecido en la infancia repercute en el funcionamiento psicosocial, y, por tanto, en las relaciones de pareja, siendo los estilos de apego preocupado o no resuelto los asociados a la psicopatología propia del TLP. De esta manera, este trastorno se asociaría a disfunción social y, en consecuencia, romántica.

Aportando una visión más subjetiva, **Giffin (2008)** recopiló la experiencia de 4 familias con uno de sus hijos diagnosticado de TLP (46). Entre los temas abordados, se encontró la dificultad de conciliación entre el cuidado de la persona enferma y la relación marital, en que aumentaba el nivel de tensión cuanto mayor fuese la inestabilidad de la enfermedad y requerimientos de cuidado.

### **3.1.3. Experiencias de cuidadores familiares de personas con TLP:**

Por un lado, **Segurana y Bartel (2016)** realizaron un estudio acerca de la experiencia de una madre y una hermana de una persona diagnosticada con TLP (31). En él, se reflejan las dificultades que dichos familiares reconocen en el día a día de la convivencia con esta persona. Entre ellas destacan el aumento de los enfrentamientos familiares por la nula participación de la persona en el reparto de tareas, la modificación de los roles y las dificultades económicas. Además, la vivencia de esta situación ha producido un descenso en la calidad de vida, a pesar de procurar mantener sus actividades de ocio para evadirse de estas situaciones. Por otra parte, estos familiares hacen referencia a sentimientos de culpabilidad e impotencia, denunciando en relación a esto la falta de apoyo por parte del personal sanitario, que conduce a un déficit de conocimientos ante las situaciones que pueden presentarse. Por último, destacan el estigma que existe en la sociedad actual acerca de las enfermedades de salud mental, que les ha llevado a aislarse por miedo al rechazo por parte de su entorno.

**Lawn y McMahon (2015)**, por su parte, pasaron un cuestionario a 121 mujeres residentes en Australia y cuidadoras de personas con TLP, con el objetivo de conocer su experiencia de la enfermedad en relación con los servicios de salud (30). De toda la muestra, más del 62% refirió no haber recibido información sobre el trastorno tras el diagnóstico, así como haber querido pedir apoyo como cuidadores pero no haber podido por problemas de disponibilidad de los servicios, costes económicos y falta de empatía por parte de los profesionales. Asimismo, recalcan que casi en un 36% de las respuestas, queda reflejada la no respuesta por parte de los profesionales de la salud a sus necesidades como cuidadores durante periodos de crisis, reafirmando lo expuesto por **Segurana y Bartel (31)**. A raíz de estos resultados, los autores proponen además un tratamiento del TLP basado en una aproximación sistémica en que se considere tanto al paciente como a sus seres queridos.

Adentrándose un poco más en la experiencia emocional subjetiva, **Giffin (2008)** expone las vivencias de 4 familias (46). En este estudio, todos los entrevistados coincidieron en haber experimentado estrés emocional crónico debido a la preocupación, distanciamiento y tensión en las relaciones con otros miembros de la familia, haberse sentido agotados físicamente y traumatizados ante los pensamientos y conductas suicidas de su familiar, así como tender a reflexionar sobre sus vidas y estilo de crianza buscando explicaciones a través de la auto-inculpación (“*te sientes culpable. Sientes que debe de ser por tu culpa, que has hecho algo mal y entonces miras atrás y piensas*” expresó un padre a la entrevistadora). Asimismo, la autora enfatiza dos aspectos: por un lado, el hecho de que los familiares recibían mensajes contradictorios por parte de los profesionales de la salud en cuanto al nivel de apoyo que debían de ofrecer como cuidadores, y, por otro, cómo tratamientos que desprestigian la hospitalización o defienden ingresos de corta estancia en periodos de crisis, pueden resultar beneficiosos para el paciente pero de poca ayuda para la familia, en quien recae toda la carga el cuidado.

Por otra parte, **Linares y Cortacero (2014)** narran la experiencia subjetiva de una madre cuyo hijo está diagnosticado de TLP (47). En una experiencia relatada desde la infancia, la madre cuenta cómo su hijo tuvo dificultades para relacionarse, a pesar de sus esfuerzos por corregir sus actitudes hacia los demás. Destaca entre las características que más le cuesta manejar la terquedad y la falta de reconocimiento de los términos medios, que hace que no sea capaz de solucionar los problemas que se le plantean. Son estas dificultades las que producen que la madre tenga un sentimiento de incertidumbre acerca del futuro de su hijo, denunciando la necesidad de que se incluya dicho trastorno dentro de la ley de dependencia, o que se facilite algún recurso que asegure el futuro de estas personas cuando sus familiares falten.

### **3.2. Terapias familiares existentes.**

En segundo lugar, en relación al segundo objetivo ‘*explicar las terapias familiares existentes*’, los resultados obtenidos se explican según una única categoría:

### 3.2.1. Intervención familiar en el abordaje del TLP:

De acuerdo con **Rodríguez Moya y Peláez (2013)** (29), la intervención terapéutica con las familias no sólo influye en un mejor pronóstico del TLP, sino que también previene la aparición de trastornos adicionales en los familiares. En esta revisión, sus autores recalcan que la terapia familiar, en que la familia ha de sentirse apoyada y no juzgada, ha de estar enfocada a proporcionar información y generar conocimientos sobre la enfermedad, modificar respuestas familiares desadaptativas, dar apoyo en situaciones de crisis, mejorar las habilidades de comunicación interfamiliares disminuyendo la emoción expresada (en adelante, EE) y facilitar habilidades de resolución de problemas y afrontamiento de conflictos. Para llevarla a cabo con éxito, los autores proponen una serie de pasos en la intervención psicoeducativa, con un terapeuta que poco a poco fomenta la autonomía familiar en aspectos como el establecimiento de límites, la actuación adecuada ante situaciones críticas o el mantenimiento de las relaciones sociales.

**Stepp, Whalen et al (2012)** hacen también referencia a la intervención familiar (36), poniendo como ejemplos de tratamientos basados en la psicoeducación programas como el *Multiple Family Group* –que mejoró la comunicación y la carga familiar en 6 meses–, *Family Connections* (en adelante, FC) o *Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving* (STEPPS). No obstante, cabe destacar que solo FC se centra en la familia, mientras que los otros programas se enfocan al enfermo y solo incluyen a la familia de manera auxiliar. Además, mientras que estos autores defienden una intervención específicamente dirigida a las madres con TLP y la enseñanza de esta en torno a la supervisión de los hijos, hitos del desarrollo o prácticas como el *mindfulness*, **Wendland, Brisson et al (2014)**, en el análisis del caso de Allegra y su madre (37), hacen énfasis en una terapia mixta en que el bebé sea la pieza clave del tratamiento, con el profesional enfermero actuando como su voz y representante ante la madre con TLP.

**Hoffman, Fruzzetti et al (2007)** replican uno de estos programas, en concreto FC, creado a partir de la terapia dialéctico-conductual y el modelo de estrés–afrontamiento–adaptación de Lazarus y Folkman, para apoyar a la familia en su esfuerzo por cuidar e implicarse emocionalmente con la persona con TLP (34). Con este programa, enseñan a la familia a gestionar sus propias emociones e impulsos invalidantes, poniendo en



marcha respuestas válidas ante las experiencias en que desemboca el TLP. Tras la aplicación de la terapia familiar psicoeducativa, concluyeron una disminución considerable en los niveles de carga subjetiva y objetiva, estrés, pena y depresión, al igual que un aumento en el sentimiento de emponderamiento y dominio del control de las emociones y la comunicación.

### **3.3. El cuidado enfermero integral al paciente con TLP y su familia.**

Esta categoría responde al tercer y último objetivo *‘describir el cuidado enfermero integral a los familiares de la persona con TLP’*.

En este ámbito, **Carrasco (2013)** realiza una revisión de la literatura disponible acerca del cuidado enfermero a pacientes diagnosticados de TLP (22), dado que se ha identificado su abordaje como dificultoso para los profesionales sanitarios, en especial por falta de resultados positivos. La valoración se desarrolla según los Patrones Funcionales de Salud de M. Gordon, siendo los patrones de percepción/manejo de la salud, autopercepción–autoconcepto, rol–relaciones, sexualidad–reproducción y adaptación–tolerancia al estrés, los más importantes a tener en cuenta en el TLP. Además, utilizando la taxonomía NANDA identifica los diagnósticos, criterios de resultados e intervenciones más adecuadas al cuidado de estos pacientes (ver Tabla IX). Aunque en menor profundidad, también aborda el cuidado a los familiares, que suelen sentirse impotentes debido a la falta de conocimientos. El autor establece algunas pautas que pueden darse a los familiares, entre las que destacan: plantear objetivos realistas, recordando que el cambio es difícil de conseguir; procurar un ambiente familiar calmado, sin ponerse a la defensiva ante las críticas; mantener las rutinas familiares y hablar sobre tema neutros, además de favorecer la expresión de sentimientos, así como prestar atención a las actitudes autolesivas. Asimismo, acentúa la importancia de que toda la familia actúe en la misma dirección, teniendo claros los límites a establecer y dejando que la persona aprenda de las consecuencias de sus actos.

La enfermera especialista en salud mental **Paula Bermúdez (2015)** (9) hace en primer lugar un repaso de la historia, etiología y diagnóstico del problema, para luego pasar a desarrollar su clínica y manejo por parte del profesional de enfermería a través de los diagnósticos enfermeros según la taxonomía NANDA (24), reafirmando los escogidos

por Carrasco (22). En este contexto, el papel de enfermería es, como parte del Proceso de Atención de Enfermería (en adelante, PAE), identificar respuestas individuales del paciente con TLP a problemas reales o potenciales derivados de su patología y desarrollar actividades encaminadas a su resolución, así como colaborar con los profesionales en un equipo multidisciplinar en las distintas terapias, siendo una fuente de apoyo y motivación para el paciente en la terapia dialéctico-conductual, participe en la reestructuración cognitiva y proveedora de estrategias de afrontamiento y prevención de conductas de riesgo. Junto con todo esto, Bermúdez hace referencia a la realización de talleres de Educación para la Salud a la familia y su atención como pacientes colaterales, siendo esencial el abordaje del cansancio del rol del cuidador.

## 4. CONCLUSIONES

### 4.1. El impacto del TLP en la unidad familiar y la salud de sus miembros.

Tras el análisis de los resultados obtenidos se concluye que el impacto del TLP en la unidad familiar y la salud de sus miembros es significativo, especialmente a nivel emocional, social y del desarrollo, siendo la influencia de carácter negativo en todos los ámbitos. Pese a que el objetivo de la revisión era también conocer la influencia del TLP en la salud física del familiar, la bibliografía encontrada no refleja específicamente este ámbito aunque la literatura afirma que el cuidador principal tiene mayor riesgo de sufrir patologías orgánicas (32), haciendo un mayor uso de los servicios de salud.

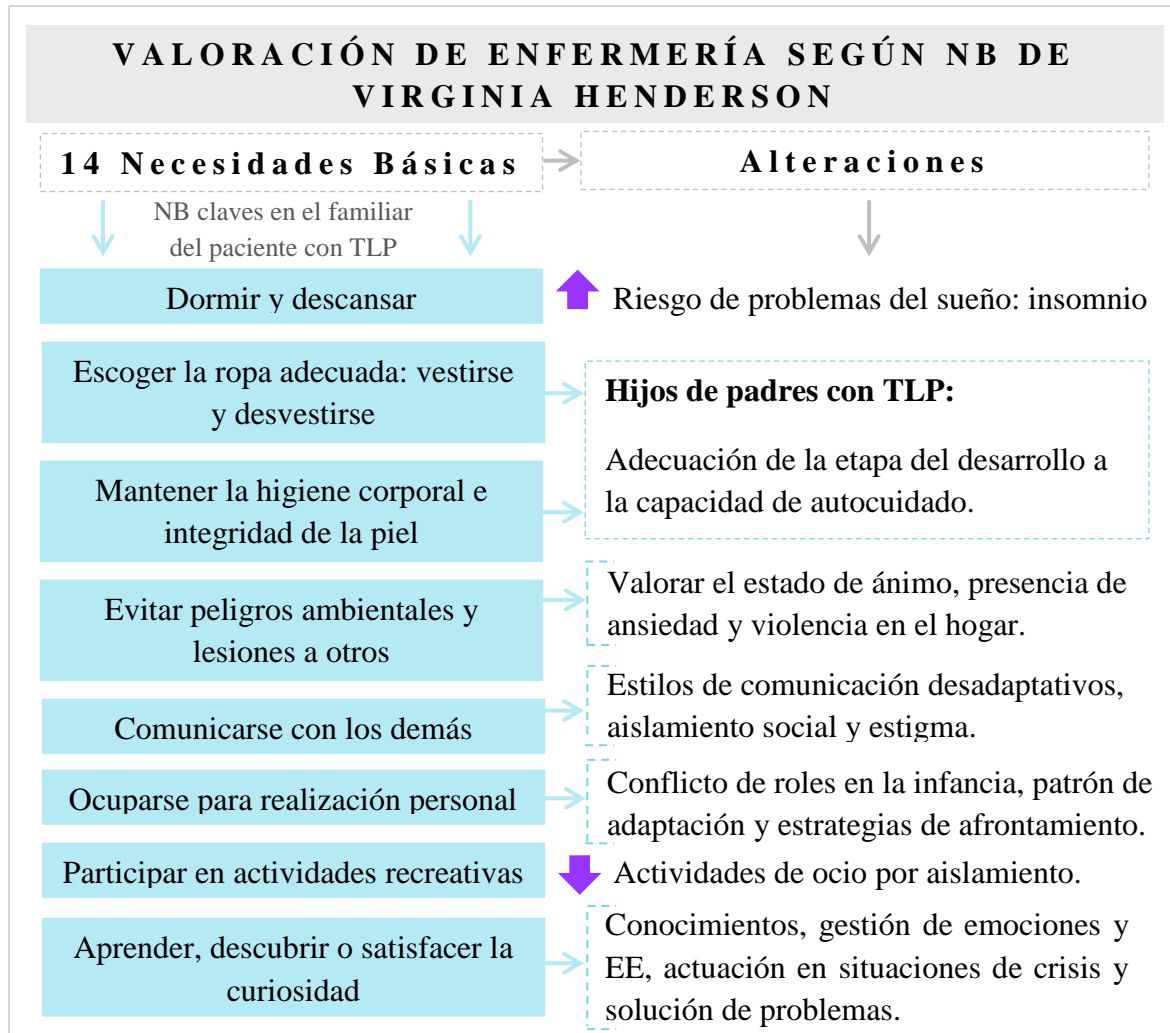
### 4.2. El papel del profesional de enfermería en el cuidado a la familia.

Entre el elenco de trabajadores sanitarios, la investigación en enfermería en relación con el TLP se observa más desarrollada en España, a diferencia de otros países, en los que apenas se ha encontrado documentación publicada referente al papel del profesional enfermero. No obstante, destacar que, aún habiéndose evidenciado la necesidad de un abordaje holístico en que se entienda al individuo como parte de una unidad familiar (23, 34) con sus propias necesidades y demandas, la bibliografía consultada no desarrolla de forma amplia la atención que dicho profesional ha de proporcionar a la familia y sus miembros como objetivos de cuidado en sí mismos. Además, la calidad de la atención se deduce como insuficiente, ya que los familiares sienten una importante falta de apoyo a lo largo del proceso de enfermedad por parte de los profesionales (30, 31, 46). Por este motivo, se proponen a continuación unas pautas a tener en cuenta en el PAE para dar respuesta a las necesidades del familiar del paciente con TLP identificadas en esta revisión (30, 31, 35 – 47).

En primer lugar, en la fase de valoración, se ha optado por seguir, dentro de la Escuela de las Necesidades, las propuestas de Virginia Henderson (48).

En la elaboración de una valoración focalizada al familiar de un paciente diagnosticado de TLP, se han considerado tres esferas esenciales: por un lado, las características de la patología (6, 11 – 14); por otro, la influencia del problema en la salud del familiar según

lo evidenciado en la revisión (30, 31, 35 – 47); y, en último lugar, los distintos ítems a valorar en cada Necesidad Básica (en adelante, NB) (48), teniendo que prestar el profesional de enfermería especial atención a algunas de ellas (ver Figura V).



**Figura V. Valoración enfermera según el modelo de Virginia Henderson: NB claves en la familia del paciente con TLP. Fuente:** Elaboración propia.

Una vez recabados los datos pertinentes mediante el proceso de entrevista clínica y observación (49), llega el proceso de diagnóstico y planificación. En este contexto se han escogido las etiquetas diagnósticas NANDA, resultados NOC, indicadores e intervenciones NIC (24) más pertinentes de acuerdo con el análisis de los resultados y la literatura analizada (9, 22, 30, 31, 35 – 47) (ver Tabla VII).

CÓD. 00074 – DE) AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO CÓD. 00063 – DE) PROCESOS FAMILIARES DISFUNCIONALES		
Resultados NOC	Indicadores	Intervenciones NIC
[2600] Afrontamiento de los problemas de la familia	Estrategias para controlar el conflicto familiar	[7140] Apoyo a la familia [7150] Terapia familiar
[1826] Conocimiento: cuidado de los hijos	Necesidades emocionales	[8272/4] Fomentar el desarrollo [5562/6/8] Educación parental
	Desarrollo normal	
[2608] Resiliencia familiar	Coopera para superar los retos	[5240] Asesoramiento [6160] Intervención en crisis
CÓD. 00146 – DE) ANSIEDAD		
Resultados NOC	Indicadores	Intervenciones NIC
[1211] Nivel de ansiedad	Inquietud/ansiedad verbalizada. Irritabilidad.	[5900] Distracción [5888] Técnica de relajación
[1212] Nivel de estrés		
[1302] Afrontamiento de problemas	Adopta conductas para reducir estrés	[5230] Mejorar el afrontamiento
CÓD. 00126 – DE) CONOCIMIENTOS DEFICIENTES		
Resultados NOC	Indicadores	Intervenciones NIC
[1803] Conocimiento: proceso de la enfermedad	Signos y síntomas	[5604/6] Enseñanza: grupo/individual
	Efecto psicosocial de la enfermedad en la familia	
CÓD. 00055 – DE) DESEMPEÑO INEFICAZ DEL ROL		
Resultados NOC	Indicadores	Intervenciones NIC
[1501] Desempeño del rol	Desempeño de conductas del rol familiar	[5370] Potenciación de roles
CÓD. 00062/1 – DE) RIESGO DE / CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR		
Resultados NOC	Indicadores	Intervenciones NIC
[1208] Nivel de depresión	Tristeza	[5270] Apoyo emocional
	Estado de ánimo deprimido	[4680] Biblioterapia
	Culpabilidad excesiva	[5300] Facilitar la expresión del sentimiento de culpa
[1310] Resolución de la culpa	Resuelve los sentimientos de culpa	
[2208] Factores estresantes del cuidador familiar	Ausencia de apoyo del profesional y/o social	[5440] Aumentar los sistemas de apoyo
	Limitaciones psicológicas	[5250] Apoyo en la toma de decisiones
CÓD. 00198 – DE) TRASTORNO DEL PATRÓN DEL SUEÑO		
Resultados NOC	Indicadores	Intervenciones NIC
[0004] Sueño	Pesadillas Calidad del sueño	[1850] Mejorar el sueño [5820] Disminución ansiedad

**Tabla VI. Cuidados enfermeros dirigidos a la familia del paciente con TLP.**

**Fuente:** Elaboración propia.

Para la ejecución y evaluación de los cuidados, es preciso que cada profesional puntúe la situación basal y diana del paciente con las escalas pertinentes y escoja de manera individualizada y consensuada con el familiar las actividades enfermeras más apropiadas en cada caso.

Además de llevar a cabo un abordaje particular en la atención a cada unidad familiar y sus miembros, tras la lectura de la bibliografía se cree beneficiosa la realización de talleres de Educación para la Salud a nivel grupal. De este modo, no sólo se proporcionarían conocimientos y habilidades, sino que las familias se darían apoyo mutuo y compartirían su experiencia con otras personas en su misma situación. En estos programas, se podría focalizar la atención a los grupos que sufren una mayor repercusión por el TLP, como parejas o cuidadores principales.

#### **4.3. Propuestas de formación e investigación.**

La lectura crítica de los resultados y su posterior análisis hacen surgir nuevas cuestiones, a las que sería positivo responder a través de futuros estudios. En este contexto, se plantean las siguientes líneas de investigación:

- Aproximación cualitativa de la perspectiva del familiar acerca de su salud física en relación con el cuidado de la persona con TLP, complementado con un recuento que muestre el número de consultas realizadas a Atención Primaria y Servicios de Urgencias por este motivo. Los resultados podrían además, con un estudio de cohorte, compararse con la demanda por parte de familiares de pacientes con otras patologías, con el objetivo de comprobar si existe o no una diferencia estadísticamente representativa.
- Conocer las necesidades expresadas por los familiares de los pacientes con TLP en cuanto a la calidad de la atención sanitaria recibida como cuidadores y pacientes colaterales en España, para así poder establecer áreas de mejora en el funcionamiento del Servicio Nacional de Salud y programas de Salud Mental.
- Examinar la prevalencia de estigma sobre la enfermedad mental en el profesional enfermero e influencia del mismo en la calidad de la atención dada a los pacientes con TLP y sus familias, medida a través de la percepción subjetiva de estos, tasas de abandono del seguimiento y prejuicios existentes en el profesional.

- Promover cursos de formación para profesionales de enfermería en materia de problemas de salud mental, ya que la estigmatización de los pacientes se relaciona con una falta de comprensión y conocimiento de la patología (22).
- Investigar el rol del enfermero/a en terapias familiares llevando a cabo programas como FC a través de estudios pre-experimentales, identificando criterios de resultado, intervenciones y actividades enfermeras.
- En el presente trabajo se han planteado cuidados enfermeros estándar para el abordaje de la familia del paciente con TLP, que sería interesante poder implementar en la práctica con estudios experimentales que permitan comprobar su eficacia.

#### **4.4. Limitaciones.**

Primeramente, en cuanto a la metodología, una de las principales dificultades durante la realización de la revisión ha sido encontrar publicaciones científicas referentes al papel del profesional de enfermería en el cuidado a las familias de los pacientes con TLP. De hecho, no se ha podido localizar ningún Plan de Cuidados estandarizado para dichas familias, una limitación que puede atribuirse a los filtros de búsqueda empleados con el consecuente silencio documental o bien a la falta de investigación en el campo. En la misma línea, también la inexperiencia en la búsqueda sistemática en bases de datos y la elaboración de esta tipología de trabajo ha supuesto un importante obstáculo durante el proceso.

Posteriormente, en referencia a la selección de la documentación, destacar que no se han utilizado criterios objetivos para evaluar la validez y fiabilidad de las publicaciones recopiladas, lo que podría haber repercutido en la calidad de los resultados obtenidos.

Por último, se considera un factor limitante en el proceso de confección de este estudio la necesidad de ajustarse al espacio normativo, que ha impedido una búsqueda más amplia o explicaciones de mayor claridad y exhaustividad en alguno de los apartados.

## 5. AGRADECIMIENTOS

Para finalizar, nos gustaría expresar nuestro más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que han contribuido, de una forma u otra, a la realización de este trabajo fin de grado.

En primer lugar, queremos agradecer a Matilde Arlandis Casanova por su inestimable ayuda, confianza, paciencia y ánimo durante todos estos meses de intenso trabajo y estrés. Gracias por estar ahí.

A continuación, también mostrar nuestro agradecimiento a todos los profesores y profesoras de la universidad, que han contribuido a nuestro desarrollo profesional y personal y que tanto nos han aportado en el recorrido de este camino.

Asimismo, nos gustaría agradecer de forma especial a nuestras familias, por su constante apoyo, creyendo en nuestra capacidad cuando ni si quiera nosotras lo hacíamos. A nuestros amigos y amigas, gracias por entendernos, por vuestros consejos y por todos esos momentos de risas, llantos y desahogo. Gracias de corazón.

Por último, gracias a nosotras mismas por no rendirnos, por siempre confiar la una en la otra y por la gran aventura que ha sido vivir juntas, como amigas y compañeras de trabajo, este proceso.



## 6. BIBLIOGRAFÍA

1. Polaino-Lorente A. Introducción al concepto de personalidad. En: Polaino-Lorente A, director. Fundamentos de psicología de la personalidad. 1ª ed. España: RIALP; 2003. p. 17 – 51.
2. García López MT, Martín Pérez MF, Otín Llop R. Tratamiento integral del Trastorno Límite de Personalidad. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2010; 30 (106): 264 – 78.
3. Real Academia Española [Internet]. Madrid: Real Academia Española; 2016. Disponible en: [www.rae.es](http://www.rae.es)
4. Plumed Moreno C. Psicología de la personalidad. En: Plumed Moreno C, coordinador. Psicología general. Colección Enfermería S21. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2012. p. 251 – 73.
5. Molino Contreras JL, Megías Lizancos F. Trastornos de la personalidad. En: Megías Lizancos F, Serrano Parra MD. Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental. Colección Enfermería S21. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009. p. 166 - 73.
6. Skodol AE. Personality Disorders. En: American Psychiatric Association, editor. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5ª ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013. p. 645 - 84.
7. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. 10ª ed. Ginebra: WHO; 2011.
8. Azcárate JC, Bayón Pérez C, Casas Rivera R, Costi Goyeneche C, Melendo Granados JJ, Montes Rodríguez JM, et al. Recorriendo los límites. Guía práctica para familiares y pacientes con trastorno límite de personalidad. Madrid: Consejería de sanidad y consumo; 2005.
9. Bermúdez García P. El paciente con trastorno límite de personalidad: su manejo desde la perspectiva enfermera. Enferm Integral. 2015; 108. 47-55.
10. Segundo congreso de jóvenes investigadores en filosofía. Pensamiento poliédrico; 28-30 de octubre 2009. Madrid: Revista de la asociación de alumnos de postgrado de filosofía Tales; 2009.
11. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.

12. Corchero M, Balés C, Oliva C, Puig C. Diagnóstico, evolución y tratamiento de una adolescente con Trastorno Límite de la Personalidad. *C Med Psicosom.* 2012; (103): 55 – 64.
13. Mosquera D. Trastorno límite de la personalidad. Una aproximación conceptual a los criterios del DSM. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia.* 2011; 1(1): 1 – 26.
14. Manson PT, Kreger R. Deja de andar sobre cáscaras de huevo. Retoma el control ante el comportamiento de una persona con trastorno límite de personalidad. 3ª ed. Oakland, CA: Pleyades; 2003.
15. Álvarez Tomás I, Andiñón Pérez O, Barral Picado C, Calvo Piñero N, Casadella Ventura MC, Casañas Sánchez R. Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut; 2011.
16. Torgersen S, Lygren S, Oien PA, Skre I, Onstad S, Edvardsen J, et al. A twin study of personality disorders. *Compr Psychiatry.* 2000; 41(6): 416 – 25.
17. National Collaborating Centre for Mental Health. Borderline Personality Disorder: treatment and management. London (United Kingdom): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2009.
18. Moreno Díaz MJ, Medina León A. Epidemiología y comorbilidad de los trastornos de personalidad. *Psiquiatria.com* [Internet] 2006; 10(1). Disponible en: <https://goo.gl/xbtHhi>
19. Cuevas Yust C, López Pérez-Díaz AG. Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy.* 2012; 12(1): 97 – 114.
20. Gobierno de España. Centro de Información online de Medicamentos (CIMA) [Internet]. España: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS); 2017. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/cima>
21. Chávez-León E, NG B, Ontiveros--Uribe MP. Tratamiento farmacológico del trastorno límite de personalidad. *Salud Mental.* 2006; 29(5): 16 – 24.
22. Carrasco Muñoz S. Enfermería en el trastorno límite de personalidad. *Hygia.* 2013; (82): 59 – 65.
23. Hernández Cortina A, Guardado de la Paz C. La Enfermería como disciplina profesional holística. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2004; 20 (2). Disponible en: <https://goo.gl/8DOyAv>

24. Elsevier. NNNConsult. [Internet]. Barcelona: Elsevier; 2015. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com>
25. Labayen MR, Cuadra R, Del Pino Gutiérrez AL, Badenas C, García M, Piñar Rodríguez S. Proceso enfermero orientado a personas con trastorno límite de personalidad [Internet]. España: Universitat de Barcelona. Disponible en: <https://goo.gl/H3WEwj>
26. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2008; 28 (101): 43 – 83.
27. Arnaiz A, Uriarte JJ. Estigma y enfermedad mental. Norte de Salud Mental. 2006; 26: 49 – 59.
28. Zabalegui Yáñez A. El rol del profesional de enfermería. Aquichán. 2003; 3(1): 16 – 20.
29. Rodríguez Moya L, Peláez JC. Terapia familiar en los trastornos de personalidad. Acción Psicológica. 2013; 10(1): 75 – 84.
30. Lawn S, Mchahon J. Experiences of family carers of people diagnosed with borderline personality disorder. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2015; 22: 234 – 43.
31. Segurana Mompel JC, Bartel Rodríguez-Maribona. Convivir con una persona con Trastorno de Personalidad Límite. Vivencias de los familiares a través de un caso. Presencia. 2016; 12(24).
32. López Gil MJ, Orugueta Sánchez R, Gómez-Caro S, Sánchez Oropesa A, Carmona de la Morena J, Alonso Moreno FJ. El rol del cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. Rev Clin Med Fam. 2009; 2(7).
33. Dunne E, Rogers B. "It's us that have to deal with it seven days a week": carers and borderline personality disorder. Community Ment Health J. 2013; 49 (6): 643-8.
34. Hoffman PD, Fruzzetti AE, Buteau E. Understanding and engaging families: An Education, Skills and Support Program for relatives impacted by Borderline Personality Disorder. Journal of Mental Health. 2007; 16(1): 69 – 82.
35. Macfie J, Swan SA. Representations of the caregiver-child relationship and of the self, and emotion regulation in the narratives of young children whose mothers have borderline personality disorder. Dev Psychopathol. 2009; 21(3): 993-1011.

36. Stepp SD, Whalen DJ, Pilkonis PA, Hipell AE, Levine MD. Children of mothers with borderline personality disorder: identifying parenting behaviors as potential targets for intervention. *Personal Disord.* 2011; 3(1): 76-91.
37. Wendland J, Brisson J, Medeiros M, Camon-Sénéchal L, Aidane E, David M, Serres J, Cohen D, Rabain D. Mothers With Borderline personality disorder: transition to parenthood, parent-infant interaction and preventive/therapeutic approach. *Clinical Psychology: Science and Practice.* 2014; 21(2):139 – 53.
38. Zalewski M, Stepp SD, Scott LN, Whalen DJ, Beeney JF, Hipwell AE. Maternal borderline personality disorder symptoms and parenting of adolescent daughters. *J Pers Disord.* 2014; 28(4): 541-54.
39. Stepp SD, Whalen DJ, Scott LN, Zalewski M, Loeber R, Hipwell AE. Reciprocal effects of parenting and borderline personality disorder symptoms in adolescent girls. *Development and Psychopathology.* 2014; 26: 361 – 78.
40. Gratz KL, Kiel EJ, Latzman RD, Elkin D, Moore SA, Tull MT. Emotion: empirical contribution. Maternal borderline personality pathology and infant emotion regulation: examining the influence of maternal emotion-related difficulties and infant attachment. *Journal of Personality Disorders.* 2014; 28(1): 52 – 69.
41. Bartsch DR, Roberts RM, Davies M, Froeve M. The impact of parental diagnosis of borderline personality disorder on offspring: learning from clinical practice. *Personality and Mental Health.* 2015; 9: 33 – 43.
42. Lavner JA, Lamkin J, Miller JD. Borderline personality disorder symptoms and newlyweds' observed communication, partner characteristics, and longitudinal marital outcomes. *J Abnorm Psychol.* 2015; 124(4): 975-81.
43. Marshall AD, Holtzworth-Munroe A. Recognition of wives' emotional expressions: a mechanism in the relationship between psychopathology and intimate partner violence perpetration. *J Fam Psychol.* 2010; 2(1): 21-30.
44. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Wedig MM, Conkey LC, Fitzmaurice GM. The Course of Marriage/Sustained Cohabitation and Parenthood among Borderline Patients Followed Prospectively for 16 Years. *J Pers Disord.* 2015; 29(1): 62-70.
45. Hill J, Stepp SD, Wan MW, Hope H, Morse JQ, Steele M, et al. Attachment, borderline personality, and romantic relationship dysfunction. *J Pers Disord.* 2011; 25(6): 789-805.

46. Giffin J. Family Experience of Borderline Personality Disorder. *Anzjft*. 2008; 29 (3): 133 – 8.
47. Linares Manrique M, Cortacero Ramírez L. Mi hijo: Una dependencia singular no reconocida socialmente. *Arch Memoria*. 2014; 11(3).
48. Bellido Vallejo JC, Lendínez JF. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderlos y los lenguajes NNN. 1ª ed. España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010.
49. Jiménez AP. La entrevista clínica: herramienta para cuidar. *Ágora de enfermería*. 2006; 10 (1): 900 – 4.

## 7. ANEXOS

### 7.1. Anexo I:

GRUPO FARMACOLÓGICO	FÁRMACO	INDICACIONES TERAPÉUTICAS	EFFECTO EN EL TLP
Inhibidores de la recaptura de serotonina / Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y noradrenalina	Fluoxetina	Episodio depresivo mayor, trastorno obsesivo-compulsivo, bulimia nerviosa.	Mejora el estado anímico y reduce la agresividad y la irritabilidad
	Fuvoxamina	Episodio depresivo mayor, trastorno obsesivo-compulsivo.	Disminuye la labilidad afectiva en mujeres.
Antipsicóticos	Haloperidol	Como neuroléptico, en tratamiento de agitación psicomotriz, como anestésico y como antiemético.	Mejora la depresión, la ira, la ansiedad y la impulsividad.
	Olanzapina	Esquizofrenia, episodio maníaco.	-
	Olanzapina + Fluoxetina	-	Mejora los síntomas depresivos, la agresividad y la impulsividad en mayor medida que la Fluoxetina sola.
Anticonvulsivantes	Carbamazepina	Crisis epilépticas, manía y enfermedad maniaco-depresiva, neuralgia esencial del trigémino y del glosofaríngeo, síndrome de abstinencia alcohólica.	Mejora la ira, la agresividad, las autolesiones, las amenazas y el descontrol.
	Valproato	Epilepsia.	Reduce la agresividad y los síntomas depresivos.
	Topiramato	Crisis epilépticas parciales, migrañas.	Disminuye la ira y la agresividad en hombres.
	Lamotrigina	Epilepsia, episodios depresivos en el trastorno bipolar.	Mejoran las conductas suicidas, la labilidad afectiva, el abuso de sustancias y la ira.
Antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la MAO	Amitriptilina	Depresión, dolor crónico neuropático	Tienen efecto sobre la ira, la ansiedad, las ideas autolíticas y la despersonalización.
	Tranilcipromina	Depresión, angustia, fobias.	

**Tabla VII. Tratamiento farmacológico del TLP. Fuente:** AEMPS (21); *Tratamiento farmacológico del TLP* (22). Elaboración propia.

## 7.2. Anexo II:

AUTOR	TÍTULO	AÑO / LUGAR DE PUBLICACIÓN	TIPOLOGÍA	CONCLUSIONES
Hoffman PD, Fruzzetti AE, Buteau E.	Understanding and engaging families: an education, skills and support program for relative impacted by borderline personality disorder.	2007 EEUU	Estudio analítico pre-experimental	El modelo de <i>Family Connections</i> , que favorece una respuesta válida por parte de la familia hacia las experiencias de la persona con TLP, ofrece esperanza de mejora en los sentimientos de carga, depresión, dolor, estrés y emponderamiento.
Giffin J.	Family Experience of Borderline Personality Disorder.	2008 Australia	Estudio fenomenológico	El desconocimiento del trastorno, la tensión en el entorno familiar y los consejos contradictorios y confusos de los profesionales de la salud contribuyen y exacerbaban la angustia y carga en los familiares.
Macfie J, Swan SA.	Representations of the caregiver-child relationship and of the self, and emotion regulation in the narratives of young children whose mothers have borderline personality disorder.	2009 EEUU	Estudio de casos y controles	Los niños cuyas madres presentan TLP son más propensos a mostrar una alteración en la relación madre-hijo, en el auto-conocimiento y en la regulación emocional.
Marshall AD, Holtzworth-Munroe A.	Recognition of wives' emotional expressions: a mechanism in the relationship between psychopathology and intimate partner violence perpetration.	2010 EEUU	Estudio de casos y controles	La falta de habilidad en el reconocimiento de las emociones de las esposas, que se produce en trastornos como el TLP, puede propiciar la aparición y el mantenimiento de violencia de pareja por parte del marido.

AUTOR	TÍTULO	AÑO/LUGAR DE PUBLICACIÓN	TIPOLOGÍA	CONCLUSIONES
Hill J, Stepp SD, Wan MW, Hope H, Morse JQ, Steele M, et al.	Attachment, borderline personality and romantic dysfunction.	2011 EEUU	Estudio de cohortes	Existe relación entre los síntomas de TLP, los estilos de apego inseguros y las disfunciones en las relaciones románticas
Stepp SD, Whalen DJ, Pikonis PA, Hipwell AE, Levine MD.	Children of mothers with borderline personality disorder: identifying parenting behaviors as potential target for intervention.	2012 EEUU	Revisión narrativa	Los hijos de madres con TLP tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos y problemas psicosociales, debido a las carencias en el entorno familiar.
Carrasco Muñiz S.	Enfermería en el trastorno límite de personalidad.	2013 España	Revisión narrativa	El cuidado enfermero ejercido desde la filosofía dialéctica forma una parte importante del tratamiento del TLP.
Rodríguez Moya L, Peláez JC.	Terapia familiar en los trastornos de personalidad	2013 España	Revisión narrativa	La intervención familiar, siempre individualizada, es esencial en el proceso de recuperación. Aporta autonomía al paciente y mejora el apoyo familiar.
Bartsch DR, Roberts RM, Davies M, Proeve M.	The impact of parental diagnosis of borderline personality disorder on offspring: Learning from clinical practice.	2014 Australia	Estudio fenomenológico	La transmisión generacional de la desregulación emocional dentro de un modelo transaccional tiene en cuenta tanto los factores protectores como el riesgo de los hijos de padres con TLP a presentar problemas conductuales.



AUTOR	TÍTULO	AÑO/LUGAR DE PUBLICACIÓN	TIPOLOGÍA	CONCLUSIONES
Gratz KL, Kiel EJ, Latzman RD, Elkin TD, Moore SA, Tull MT.	Emotion: Empirical Contribution: Maternal Borderline Personality Pathology and Infant Emotion Regulation: Examining the Influence of Maternal Emotion-Related Difficulties and Infant Attachment.	2014 EEUU	Estudio de casos y controles	Existe una relación indirecta entre la regulación emocional en los hijos con la disfunción emocional en la madre con TLP. Podría ser esta característica la que propicie dificultades en la ER del infante y suponga un riesgo para el desarrollo de resultados negativos, más que la presencia clínica del TLP.
Linares Manrique M, Cortacero Ramírez L.	Mi hijo: Una dependencia singular no reconocida socialmente.	2014 España	Estudio fenomenológico	La falta de reconocimiento por parte de la ley del TLP como trastorno puede originar una falta de independencia y preocupación para sus familiares.
Stepp SD, Whalen DJ, Scott LN, Zalewski M, Loeber R, Hipwell AE.	Reciprocal effects of parenting and borderline personality disorder symptoms in adolescent girls.	2014	Estudio de cohortes	Existe un carácter recíproco en la relación madre-hija, especialmente en el periodo de la adolescencia, que favorece la aparición de síntomas de TLP en la adolescente, y fomenta un estilo de crianza disfuncional.
Wendland J, Brisson J, Medeiros M, Camon-Sénéchal L, Aidane E, David M.	Mothers With Borderline Personality Disorder: Transition to Parenthood, Parent-Infant Interaction and Preventive/Therapeutic Approach	2014 Francia	Estudio de un caso	Las familias de pacientes con TLP pueden repetir la distorsión en las relaciones, problemas de salud mental e importante disfunción familiar. Para prevenir estas consecuencias en los hijos, es necesaria una intervención conjunta centrada en el bebé, sus necesidades y la relación de apego.
Zalewski M, Stepp SD, Scott LN, Whalen DJ, Beeney JF, Hipwell AE.	Maternal borderline personality disorder symptoms and parenting of adolescent daughters.	2014 EEUU	Estudio descriptivo longitudinal	El control ejercido por parte de las madres con TLP hacia sus hijas adolescentes produce en estas últimas alteraciones emocionales y en el autocontrol.

AUTOR	TÍTULO	AÑO/LUGAR DE PUBLICACIÓN	TIPOLOGÍA	CONCLUSIONES
Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Wedig MM, Conkey LC, Fitzmaurice GM.	The Course of Marriage/Sustained Cohabitation and Parenthood among Borderline Patients Followed Prospectively for 16 Years.	2014 EEUU	Estudio descriptivo longitudinal	Los pacientes con TLP recuperados son más propensos a casarse, a tener relaciones duraderas de convivencia y a ser padres, presentando menos tasas de divorcio y ruptura y pérdida/renuncia de la custodia de los hijos.
Bermúdez García P.	El paciente con trastorno límite de personalidad: su manejo desde la perspectiva enfermera.	2015 España	Revisión narrativa	El conocimiento de la psicopatología del TLP es necesario para poder realizar un abordaje enfermero, tanto al paciente como a sus familiares.
Lavner JA, Lamkin J, Miller JD.	Borderline personality disorder symptoms and newlyweds' observed communication, partner characteristics, and longitudinal marital outcomes.	2015 EEUU	Estudio descriptivo longitudinal	Los síntomas de TLP están asociados con niveles bajos de satisfacción y con una parición mayor de problemas en el matrimonio, percibidos por ambos miembros de la pareja.
Lawn S, McMahon J.	Experiences of family carers of people diagnosed with borderline Personality disorder	2015 Australia	Estudio fenomenológico	El tratamiento del TLP necesita adoptar una aproximación sistémica que considere al individuo y las relaciones familiares más significativas, así como la interacción entre la familia y los servicios de salud.
SeguranaMompel JC, Bartel Rodríguez-Maribona H.	Convivir con una persona con Trastorno de Personalidad Límite. Vivencias de los familiares a través de un caso.	2016 España	Estudio fenomenológico	Las dinámicas familiares se ven afectadas cuando uno de los miembros desarrolla TLP, alterando las relaciones, la economía, las rutinas e incluso la salud de sus componentes.

**Tabla VIII. Listado de artículos seleccionados. Fuente:** Elaboración propia.

### 7.3. Anexo III:

NANDA	NOC	NIC
<b>[00140]</b> Riesgo de violencia auto-dirigida	<i>Control de la automutilación</i>	- Control del humor. - Manejo de la conducta: autolesión. - Prevención del suicidio. - Manejo ambiental: seguridad
	<i>Autocontrol del impulso suicida.</i>	
<b>[00120]</b> Baja autoestima situacional	<i>Autoestima</i>	- Potenciación de la socialización. - Potenciación de la autoestima.
	<i>Modificación psicosocial: cambio de vida</i>	
	<i>Equilibrio emocional.</i>	
<b>[00052]</b> Deterioro de la interacción social	<i>Implicación social</i>	- Potenciación de la socialización. - Potenciación de la autoestima.
	<i>Severidad de la soledad</i> <i>Apoyo</i>	
<b>[00146]</b> Ansiedad	<i>Equilibrio emocional</i>	- Disminución de la ansiedad - Entrenamiento autogénico. - Técnica de relajación.
	<i>Control de la ansiedad</i>	
<b>[00121]</b> Trastorno de la identidad personal	<i>Identidad</i>	- Reestructuración cognitiva - Ayuda en la modificación de sí mismo. - Apoyo emocional.
<b>[00054]</b> Riesgo de soledad	<i>Implicación emocional</i>	- Modificación de la conducta: habilidades sociales. - Potenciación de la socialización. - Control de los impulsos.
	<i>Competencia social</i>	
<b>[00138]</b> Riesgo de violencia dirigida a otros	<i>Control de la agresión</i>	- Ayuda para el control del enfado.

**Tabla IX. Etiquetas diagnósticas, NOC y NIC en el paciente con TLP. Fuente:**

*Enfermería en el trastorno límite de la personalidad (22). Elaboración propia.*